Aus der k. k. deutschen dermatologischen Universitätsklinik des
Prof. F. J. Pick in Prag.

Ein Fall von Lupuscarcinom.

Mitgetheilt von

Dr. R. Winternitz,

Assistent der Klinik.

Sehen wir von jenen Fällen ab, wo sich ein Neugebilde auf einer lange Zeit bestehenden Narbe eines spontan oder therapeutisch geheilten Lupus entwickelt, so haben wir eine zweite Reihe übrig, die die Entstehung von Epitheliomen auf floridem Lupusgewebe zeigt. Vorläufig, wo wir das beiden Reihen etwa gemeinsame ursächliche Moment nicht kennen, ist diese Trennung von Lang[1]) angeregt, um so passender, als sich bei den Lupuscarcinomen klinische und mikroskopische Gesichtspunkte für die Entwicklung und Ausbreitung eines Carcinoms im Lupus selbst finden lassen. Die langjährige Dauer dieses Entzündungsprocesses, die so häufigen epithelialen Wucherungen hiebei und die Hinfälligkeit des Mutterbodens wurden ja auch von Lang, Busch u. A. erklärend herangezogen.

Dass nun unter letzteren Verhältnissen doch erst ein bestimmter Anstoss die Malignität der Epithelhyperplasie bedingt, erhellt aus der verhältnissmässig geringen Zahl der Lupuscarcinome gegenüber der Menge der Lupusfälle und aus der Beobachtung der Formen von epitheliomartigem Lupus, die trotz mikroskopisch gleichem Verhalten klinisch differiren. Um beispielsweise

¹) Lang, Lupus und Carcinom, Vierteljahreschr. f. Derm. u. Syph. 74, 2. H.

den zweiten Fall von Schütz[1]), den er selbst mehr als epitheliomartigen Lupus im Sinne Busch's bezeichnet, heranzuziehen, so fehlt eine Gruppe klinischer Momente: Die Weichheit des Grundes, die gehäufte Multiplicität der Epitheliomentwicklung, das Fehlen von Drüseninfection, die sich doch gewöhnlich in Fällen so multipler Carcinome findet, das Ausbleiben von Recidiven (nach Auskratzung) an irgend einer Stelle, scheinen diesen und ähnliche Fälle aus dem Bilde des Carcinoms auszuschliessen.

In Folgendem gebe ich die Beschreibung eines Falles aus der Klinik des Herrn Prof. Pick, der die Entstehung eines Carcinoms auf lupösem Boden zeigt. Da auch einige Punkte, die den Lupus des Patienten betreffen, bemerkenswerth sind, so markirt die Anamnese auch Beginn und Verlauf desselben.

J. K., 45jähriger verheiratheter Bergmann, 16. Februar 1886 auf unsere Klinik aufgenommen, war bereits 1881 und 1882, jedesmal kurze Zeit mit Lupus in hiesiger klinischer Behandlung. Vater an Cholera, Mutter an Tuberculose, drei Geschwister sehr jung an dem Kranken unbekannten Krankheiten gestorben, zwei jüngere Brüder leben, sind gesund, verheirathet, ebenfalls Bergleute im gleichen Orte. Kein Verwandter soll je an Lupus oder Carcinom gelitten haben. Vom sechsten bis zehnten Jahre litt er an mehrfachen aus Beulen entstandenen Abscedirungen an den unteren Extremitäten und dem Stamme (rechter Oberschenkel, rechte Leiste, linker Rippenbogen), die nach verschiedener Dauer auf Hausmittel mit breiten, zum Theile eingezogenen Narben ausheilten. Ob er je gehustet, weiss er nicht, Nachtschweisse vom 15.—20. Jahre.

Als er 33 Jahre alt, einst arbeitend im Schachte stand, riss ihn ein fallendes mannsgrosses Felsstück unter mehrfachen Verletzungen zu Boden; die rechte Ohrmuschel war ihm zum Theile abgetrennt worden, die rechte Wange nahe dem Unterkieferrande zerschunden (einige Zähne herausgeschlagen), ein kreuzergrosses Stück am rechten Knie abgeschunden. Während der ein halbes Jahr erfordernden Heilung entstanden am Rande der neuen Narbe an der rechten Wange rothe Knötchen, die eine gelbliche Spitze trugen und auf Druck Eiter, Serum und Blut ent-

---

[1]) Schütz. Ueber Lupuscarcinom, Monatsh. f. pr. Derm. Nr. 3, 1885.

leerten. Die persistirenden Knötchen verbreiterten sich und neue traten neben ihnen auf. Ein Jahr nach der Heilung der Verletzung entstand über dem Manubrium sterni in normaler Haut eine ähnliche Affection mit demselben Verlaufe, desgleichen am rechten Knie am Rande der nach dem Trauma entstandenen Narbe. Seither in der rechten Kniekehle, am rechten Oberschenkel, linken Knie u. s. w. ähnliche Efflorescenzen.

Als Patient 1881 auf hiesiger Klinik lag, bot er das Bild eines ausgebreiteten Lupus verschiedenster Körperstellen. Hervorgehoben ist in der damaligen Krankengeschichte, dass an der linken Wange, nahe dem Unterkieferwinkel, da wo später das Carcinom entstand, eine zwei Thaler grosse Partie mit einer Borke bedeckt war, unter welcher erodirte papilläre Excrescenzen sich fanden. Während gegen den Lupus blos eine indifferente Therapie platzgriff, weil der Kranke nur die Wucherungen beseitigt sehen wollte, wurden die Wucherungen, als sie stärker emporschossen, durch Aetzung zum Schwinden gebracht.

Drei Monate vor seinem jetzigen Eintritte bemerkte Patient in einer nagelgrossen Stelle vor und über dem linken Unterkieferwinkel an der lupös erkrankten Haut eine dicke Borke; Druck auf dieselbe schmerzte lebhaft. Als er sie abriss, sah er die Stelle mit Höckerchen besetzt, zwischen denen feine Löcher in die Tiefe gingen. Rasch und unter Schmerzen wuchs die Affection in die Höhe und Breite. Ein Landarzt versuchte einmal, die Wucherungen zu kappen, doch schossen sie in Kurzem wieder nach. Bei seiner Aufnahme, 2. Februar 1886, bot er folgenden Status:

Mittelgross, kräftig, schlecht genährt, Percussion der Lunge und des Herzens normal, Auscultation: L.O.H. und L.O.V. abgeschwächtes Athmen, R. H. ad bas. rauh. Am freien Rande der linken Arcade ein weisser, narbenartiger Streifen.

Die Haut des Gesichtes, ausgenommen Stirne und Nasenrücken rechts; die der verschrumpften Ohrmuschel, des Halses und der zunächst angrenzenden Rumpfpartien ist diffus geröthet, lamellös schuppend, verdickt, zum Theile sehr gespannt, mit Narbenzügen und Lupusherden durchsetzt. Dichtgedrängte, zusammenfliessende Herde an den beborkten, stark infiltrirten Rändern. Tarsus inf. oc. utr. geschrumpft, Ektropium, Conjunct. palpebr. in verdickte, xerotische,

schmutzigrothe Flächen mit randständigen, rinnenartigen Geschwür chen verwandelt. Macula corneae s.

Die Innenseite des rechten Oberschenkels, der rechten Kniekehl und Scheibe und der rechte Ellbogen zeigen in thaler- bis übe handtellergrosser Ausdehnung dieselben Veränderungen wie das Ge sicht mit noch beträchtlicherer, derber Infiltration. An der Aussen seite des linken Fussrückens eine papillär wuchernde Fistel, di zu rauhem Knochen führt (seit sieben Monaten bestehend, Ostiti luposa?).

Innerhalb der lupös veränderten Haut der linken Wange, dre Ctm. vom Mundwinkel, der Ohrmuschel und dem Auge entfernt, sitz ein Tumor, der 4 Ctm. tief auf die untere Fläche des Unterkiefer herabreicht, 9 Ctm. lang, 7 Ctm. breit und $3^1/_2$ bis 5 Ctm. hoc ist. Er sitzt mit einer deutlich halsartig eingeschnürten Portion de Unterlage auf, die ihn umgebenden Hautränder sind unterminir wulstig übergekrempt, derb. Der Tumor ist grobhöckerig, roth, sein Oberfläche stellenweise Epidermis tragend und grösstentheils m stinkenden Secretborken bedeckt. Consistenz derb, Epithelperlen nicl herausdrückbar, Druck schmerzhaft. Vom Knochen überall gut abheb bar, von der Schleimhaut des Mundes lässt sich ausser einem derbe Gefühle unter der aussen anliegenden Geschwulst nichts constatiren Submaxillar- und Nuchaldrüsen nicht geschwellt, Axillares beiderseit überlinsengross, mässig consistent, Inguinales multipel bis boh nengross.

Der obere Rand der linken Ohrmuschel zeigt gleichfalls ein viel kleinere, etwa bohnengrosse, papillär gewucherte, von Epiderm theilweise entblösste, sehr schmerzhafte Schwellung, bei deren Anblic ein Vergleich mit der früher beschriebenen Geschwulst der Wang — abgesehen von der Grösse — sich aufdrängt. Struma beson ders rechts.

Die Untersuchung von mit Pikrocarmin, Hämatoxilin un Safranin gefärbten Schnitten aus der Oberfläche der Geschwul und der Uebergangszone zu derselben, die vor und nach d Operation gemacht wurden, ergab:

Entfernt der Geschwulst ($1^1/_4$ Ctm.) eine geringe Horn schichte, ein mässiges Retelager, niedrige Papillen. Das Corio von zahlreichen fast parallel verlaufenden, unter einem Winke

von etwa 60° gegen die Hautfläche gerichteten Gefässen durchzogen; längs derselben, namentlich aber längs den in den tieferen Schichten gelegenen, der Hautfläche gleichgerichteten Gefässen ist eine strangförmige, kleinzellige Infiltration sichtbar, an vielen Orten unterbrochen von runden und verzweigten Herden, die den Ramificationsstellen entsprechen. Zerstreut finden sich charakteristische bis ins Stratum corneum reichende, grosse Lupusherde, aus mehreren kleineren zusammengeflossen, mit degenerativen Vorgängen im Centrum und reichlich vorhandenen Riesenzellen. Fettläppchen und Schweissdrüsenknäuel sind manchmal bis zur Unkenntlichkeit der ursprünglichen Form diffus oder herdweise rundzellig infiltrirt, ebensolche Herde sitzen den Wänden grosser Hautvenen auf.

Der Geschwulst näher wachsen die Retezapfen in die Länge und Breite, meist nur kurze Sprossen treibend; nach einer kurzen Strecke erscheinen andere, die sich in der Tiefe nochmals zu einem breiten Epithellager vereinigen. Von solchen Stellen sieht man sehr verlängerte Zapfen bogenförmig anderen entgegenstreben, die bereits aus der äussersten Geschwulstpartie abzweigen. Gleich darauf eröffnet ein ungefähr fünffach verlängerter und sehr verbreiterter Retezapfen mit schmalen seitlichen Zweigen, einer kolbigen Auftreibung nahe seinem Ende und einer verhornten Epithelperle zwischen vergrösserten, wie gequollenen Zellen, die epitheliale Wucherung. In breiten, streckenweise kolbig erweiterten Zügen, die vielfach zusammenfliessend ein epitheliales Netzwerk bilden, wachsen nun die Zellen des Rete in das Gewebe der Haut bis nahe zu den Schweissdrüsenknäulen hinein; je weiter gegen die Mitte der Geschwulst, von deren Grund blos eine ein Centimeter breite Randpartie untersucht werden konnte, desto tiefer geht die Epithelproliferation, so dass an einem Schnitte (ungefähr $\frac{1}{4}$ Ctm. vom Rande), die stark zellig infiltrirten Reste eines Schweissdrüsenknäuls bereits von Epithelmassen umwachsen erscheinen. An den Randpartien der Geschwulst, d. h. an dem die Einschnürungszone umgebenden infiltrirten Hautrand, reichen ziemlich beträchtliche Hornlager von der mässig verbreiterten Hornschichte aus tief zwischen die Retezapfen hinein, stellenweise in ziemlich dicken, oft kugelig aufgetriebenen Linien zusammenfliessend.

Vielgestaltig sind die Zellen der epithelialen Neubildung; während die in den oberen Lagen sich häufig als Stachelzellen präsentiren, ändern die in den tieferen Schichten beständig Form und Färbung. Im allgemeinen sind die äussersten Zellen der vordringenden Zapfen, und die Zellen der schmäleren, d. i. jüngeren Zapfen kleiner, ihr Leib, besonders aber der Kern stärker gefärbt, während die gegen die Centren gelegenen, regellos oder concentrisch geschichteten Zellen oft zu riesiger Grösse aufquellen, blass, glasig aussehen und einen grossen, blassen Zellkern mit oder ohne Kernkörperchen besitzen. Innerhalb der Zapfen, besonders im Uebergangstheile der Geschwulst, sind massenhaft Epithelperlen und eigenthümlich grosse Zellen in mehr weniger vorgeschrittenem Stadium der Verhornung. Erst in den Schnitten aus der Oberfläche des eigentlichen Epithelioms (etwa der Mitte entnommen), in denen auch die früher beschriebenen Hornlager fehlen, treten unverhornte Epithelperlen mit vielkernigen, gut tingirten Zellen im Centrum auf. Keineswegs fehlen aber Verhornungsprodukte an diesen Stellen überhaupt; vielmehr zeigen die Centren der Zapfen in raschem Uebergange von grosskernigen Zellen und freien Kernen zum Theil oder gänzlich verhornte Schichten von nicht unbeträchtlicher Mächtigkeit.

Am Grunde der Geschwulst, besonders schön dort zu sehen, wo Lupusherde sich finden, dringen die Epithelmassen als längsgestreckte Züge in das Stroma, sich in feine Streifen zerfasernd. Die Zellen gleichen dünnen Spindeln mit langem Kern und mehreren Kernkörperchen. Sie von gewucherten Bindegewebszellen zu unterscheiden, ist äusserst schwer. Ein Uebergang aber in Lupuselemente oder vielmehr letzterer in epitheliale lässt sich hier ebensowenig als an Stellen inmitten der Geschwulst, in denen man Lupusherde nachweisen kann, entdecken. Wohl aber zeigen solche an und zwischen Lupusheerde gelangte Geschwulsttheile blässere Färbung und undeutliche Contouren ihrer Zellen, d. i. degenerative Vorgänge.

Im Einzelnen hervorzuheben sind mitten zwischen den Geschwulstpartien vorfindliche Gruppen von Zellen, mit zu Häufchen und Ketten von fünf und mehr angeordneten Kernen.

Die bald zungen- bald nestförmig überhaupt mannigfach gestalteten Lücken zwischen den epithelialen Wucherungen füllt

ein Bindegewebe aus, dessen spindelförmige Zellen vom Rande der Geschwulst gegen das Centrum ungemein an Grösse und Formnuancen zunehmen. Es dringt stellenweise mit körnig zerfallenden Massen bedeckt (Ulceration) bis zur Oberfläche der Geschwulst, und gewiss ist es der starken, den papillären Typus einhaltenden Wucherung dieses Stromagewebes zuzuschreiben, dass das Epitheliom gleich anfangs, wo es noch nicht zu den Schweissdrüsenknäulen vorgedrungen ist, einen Dickendurchmesser von über $1\frac{1}{4}$ Ctm. erreicht. In den unteren Partien ist es dicht rundzellig infiltrirt und an der tiefsten Grenze (gesehen am Uebergangstheile und Anfangsstücke der Geschwulst!) ist ein leichter Wall von entzündlicher Infiltration mit deutlichen lupösen Herden. Die Gefässe haben ein gewuchertes Endothel und eine äusserst hypertrophische Muscularis; in ihrer Umgebung sind intensiv tingirte, wechselnd grosse Kerne sichtbar, die manchmal in die Epithelmassen eindringen. Ich sah auch spaltenartige, mit einfachem Endothel bekleidete Lücken (Lymphspalten?), deren Wand exquisit grosse, wie epitheloide Kerne anlagerten. (Die papillären Wucherungen an der Ohrmuschel wurden nicht untersucht.)

Dies der Befund; bezüglich des weiteren Verhaltens des Kranken Folgendes:

Während seines neunzehntägigen Aufenthaltes auf hiesiger Klinik wuchs die Neubildung rasch in Höhe und Breite. Der der Basis zunächst liegende gewulstete Rand zeigte sich fortschreitend stärker unterminirt und infiltrirt. Herr Prof. Gussenbauer, auf dessen Klinik nun der Kranke behufs Operation transferirt wurde, exstirpirte die Geschwulst weit im Gesunden. Ohne Aufenthalt granulirte der fast handtellergrosse Substanzverlust rein und kräftig aus der Tiefe und unter bedeutender Heranziehung der lupösen, zum Theile narbigen Partien der Wange und des Halses trat Verkleinerung und Schliessung der Wundstelle ein.

Merkwürdig war im Anfange, trotz sorgfältigen Verbandes (Sublimatspülg. 1 : 1000, Sublimatmull 1 Percent, später Jodoform), das Auftreten grünen Eiters, aus dem ein grüner Coccus gezüchtet wurde; lehrreich war, wie unter dem allmäligen Zuge der vernarbenden Wundfläche die entzündliche und lupöse Infiltration der umgebenden Haut des Halses beträchtlich zurückging.

Jene früher beschriebenen papillären Excrescenzen an der linken Ohrmuschel schwanden unter dem Verbande vollständig. Bis heute 1. September 1886, wo Patient auf hiesiger Klinik verharrt, fast sechs Monate nach der Operation, ist keine Recidive; die Wundstelle bietet eine thalergrosse, durch ihre ganze Dicke sehr harte Narbe mit collodiumartig dünner Epitheldecke, die feinste Gefässverzweigungen zeigt, und deren Mitte eine kreuzergrosse Erosion einnimmt; letztere unterhalten von dem Secrete aus der Fistel des getroffenen Parotisausführungsganges. Die Drüsen sind normal. Ausser einem zehntägigen Erysipel, ausgegangen von der Conjunctiva, ausser Fortschreiten des Lupus über den Nasenrücken nach rechts und Auftreten typischer Lupusherde um die eingangs erwähnte Fistel am linken Fussrücken, ist das Befinden des Kranken bisher ein befriedigendes geblieben.

Bei übersichtlicher Zusammenstellung der Arbeiten über das Lupuscarcinom scheinen sich einige typische Punkte zu finden, die auch der von uns beschriebene Fall wiederholt. Bei Patienten, die zum kleinen Theile unter 30, zu grösserem Theile über 40 Jahre alt waren (3 : 10), entwickelte sich an einer ein bis mehrere Jahre lupös erkrankten Stelle namentlich des Gesichts (das Verhältniss gegenüber anderen Körpertheilen ist ungefähr 5 : 1) eine Geschwulst, die als erhabene, oft halsartig eingeschnürte kirsch- bis mannsfaustgrosse Wucherung, mit zerklüfteter, drusiger Oberfläche in ärztliche Beobachtung kam. Volkmann sah gleichzeitig zwei solche Geschwülste an Nase und Wange einer Patientin. Eine Ausnahme bildet die Beobachtung Lang's, wo es durch rapide Zerstörung der neugebildeten Geschwulstmassen und des Mutterbodens zu Entwicklung einer gewissen Höhe oder Derbheit des Grundes und der Ränder gar nicht kam (flaches Krebsgeschwür). Die meisten Geschwülste wuchsen äusserst rasch, manchmal unter heftigen Schmerzen. Veränderungen der Drüsen werden selten erwähnt, obzwar sie besonders in den ungemein vorgeschrittenen der beschriebenen Fälle gewiss vorhanden waren; nur Volkmann lässt eine operirte Kranke an Recidive und cancroider Infiltration der Drüsen zu Grunde gehen, Lang beobachtete in seinem Fall frühzeitig weiche Schwellung und raschen Zerfall der regionären Lymphdrüsen und in dem Falle Böhm

(publicirt von H. v. Hebra) war Infiltration und Induration der entsprechenden Drüsen vorhanden. Mikroskopisch ergeben sich die bekannten kolben-, strang- und nestförmigen epithelialen Wucherungen, die vom Rete aus in ein oft papillomatös aufstrebendes, theils entzündlich, theils lupös infiltrirtes Stroma eindrangen.

Eine Entwicklung von Carcinom aus Lupuselementen wurde nicht gesehen und ein Zusammenhang nur insoferne angenommen, als die bei Lupus so häufigen Epithelhyperplasien (Hebra, Busch) die Entstehung eines Carcinoms begünstigen und dieses „in das von Lupus erweichte Gewebe viel leichter und schneller eindringen und somit in viel kürzerer Zeit grosse Ausbreitung erlangen kann, als es sonst der Fall ist“ (Lang). Und hiermit kommen wir zur Frage der Malignität der in Rede stehenden Geschwülste; es scheint, dass diese sich allmälig günstiger gestaltet, als anfangs unter dem Eindruck der bis zur Inoperabilität vorgeschrittenen Fälle sich ergab. Während gewisse Operirte an Recidiven (Fälle von Weber, Volkmann), andere unheilbare nur palliativ oder gar nicht Behandelte an der fortschreitenden Geschwulst, beziehungsweise Cachexie endeten, sind schon einzelne Fälle (je einer von Hebra, Volkmann, Kaposi, zwei von Schütz) als geheilt beschrieben worden. Zu ihnen gesellt sich der von uns besprochene.

Das Verfahren war ein verschiedenes: Hebra heilte seinen Kranken durch Aetzung mit modif. Canquoin'scher Paste und achher Kali en crayon; bei Volkmann's, Schütz's Fällen und em hier beschriebenen half das Messer; bei Kaposi's Falle vurde ein combinirtes Verfahren, elastische Ligatur, Galvanokaustik, nd da diese Mittel nichts nützten, endlich Kali en crayon anewendet.

Ich schliesse mich der Meinung derjenigen an, die bei diesen eubildungen, wenn es überhaupt möglich ist, in Rücksicht auf as rasche Wachsthum das Messer wählen, nicht die wiederholt nzuwendenden Aetzmittel; denn gedeckt von dem Schorfe, gereizt urch die Aetzung, gerathen möglicherweise zurückbleibende Gehwulsttheile in raschere Wucherung und stellen den Erfolg noch ehr in Frage.

Meinem geehrten Chef, Herrn Prof. Pick, spreche ich für die tige Ueberlassung des Falles meinen verbindlichsten Dank aus.